Aus der Tropenmedizinischen Abteilung der Militärärztl. Akademie Berlin
Leiter: Marinegeneralarzt a. D. Prof. Dr. Ziemann

Über die Bedeutung und Verbreitung der Gonorrhoe bei farbigen Eingeborenen, unter der besonderen Berücksichtigung Afrikas

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

EGON WITTE

Marinesanitätsfähnrich aus Kiel

Tag der Promotion: 18. November 1939

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 311

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Prof. Dr Ziemann
Korreferent: Prof. Dr. Frieboes

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548011_0065

Ueber die Bedeutung und die Verbreitung der Gonorrhoe bei farbigen Eingeborenen unter der besonderen Berücksichtigung Afrikas.

Als Hauer im Jahre 1927 vor der Berliner Dermatologischen Gesellschaft einen Vortrag über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Eingeborenen in Deutsch-Ostafrika hielt, machte er zu Beginn seiner Ausführungen darauf aufmerksam, daß es ungemein schwierig sei, zu dem Thema Material zu sammeln. Auf die gleichen Schwierigkeiten bin ich beim Studium der Literatur für meine Arbeit gestoßen. Folgende Gründe darf man wohl für das Fehlen genauerer Aufzeichnungen geltend machen:

Die Aerzte, die nach Afrika kamen, wären wohl am besten in der Lage gewesen, den Stand der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu beurteilen. Ihre unendlich vielen Aufgaben bei dem riesigen Personalmangel ließen ihnen jedoch anfangs keine Zeit, medizinische Statistiken anzufertigen. In späteren Jahren zusammengestellte Aufzeichnungen gingen im Weltkrieg zum größten Teil verloren. Nach dem Kriege wurde uns durch den Raub der Kolonien die Möglichkeit genommen, eigene Erfahrungen zu sammeln. Außerdem wird von vielen Autoren bestätigt, daß die Auskünfte der Eingeborenen in bezug auf Dinge der Erotik und Geschlechtskrankheiten, wegen ihrer Empfindlichkeit diesen Dingen gegenüber, sehr mit Vorsicht zu bewerten seien.

Als Quellen für meine Arbeit habe ich, wie das beigefügte Literaturverzeichnis lehrt, benutzt: 1. Die Aufzeichnungen deutscher Tropenärzte in dem „Archiv für Schiffs- und Tropenkrankheiten“ und den „Medizinalberichten aus deutschen Schutzgebieten“ für die Zeitspanne von 1900 bis 1920. 2. Für die Nachkriegszeit von 1920 bis 1937 standen mir die Arbeiten englischer, französischer, italienischer und holländischer Autoren zur Verfügung, ferner eine Anzahl neuester Jahresberichte aus den Kolonien bzw. Mandatsgebieten.

Ich habe meine Disposition nach folgenden Gesichtspunkten aufgestellt:

1. Verläuft die Gonorrhoe in den Tropen anders als in der gemäßigten Zone?

2. Welche Bedeutung hat die Ausbreitung der Gonorrhoe für das Bevölkerungsproblem?

3. Gründe für die Ausbreitung der Gonorrhoe in den Tropen.

4. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Gonorrhoe in den Tropen.

5. Statistiken über das Vorkommen der Gonorrhoe in Afrika.

Bei der Behandlung der ersten Frage sind zwei Punkte von vornherein zu unterscheiden: 1. Hat das Tropenklima einen Einfluß auf den Gonococcus Neißer? 2. Verläuft die Gonorrhoe in den Tropen beim Europäer anders als beim farbigen Eingeborenen?

Ueber die Frage des Einflusses des Tropenklimas auf die Gonococcen versucht eine Arbeit von Ronnefeldt über die Gonorrhoe in West-Liberia Aufschluß zu geben. Der Verfasser kommt auf Grund seiner klinischen Erfahrungen über Komplikationen der Gonorrhoe zu dem Ergebnis, daß in den Tropen andere Virulenzverhältnisse als in Europa herrschen. Zu dieser Auffassung kam er auf Grund seines Beobachtungsmaterials, einmal durch die Beobachtung des angeblich relativ milden Verlaufs der Polyarthritis gonorrhoica, die mit viel weniger Schmerzen verliefe als in Europa und nie zu den gefürchteten Gelenkerkrankungen mit langwierigen Folgen führe, und zweitens durch das Fehlen der Augenblennorrhoe bei Säuglingen. Bei der Unsauberkeit der Eingeborenen und dem Fehlen jeglicher Argentum nitricum Prophylaxe, müßte man, nach seiner Ansicht, beständen keine anderen Virulenzverhältnisse, die Krankheit viel häufiger sehen.

Weiterhin ist dem Verfasser das geringe Wanderungsbestreben der Gonococcen bei Fällen aufgefallen, die jahrelang unbehandelt blieben.

Die Gonorrhoe konnte lange Zeit auf den primären Herd, die pars anterior urethrae, oder die pars posterior urethrae beschränkt bleiben, ohne aufzusteigen. Ein besonders interessanter Fall demonstriert das Gesagte am besten. Ein Häuptling, der sich vor 30 Jahren, als er Dienst in der deutschen Schutztruppe leistete, eine Tripper-

infektion zugezogen hat, hatte von seinen 11 Weibern 26 lebende Kinder. Die Zahl der Verstorbenen war ihm nicht bekannt. Obwohl sich im Sekret ebensoviele Gonococcen wie bei der ersten Untersuchung vor 30 Jahren nachweisen ließen, fand sich bei dem Patienten keine Epididymitis und keine Striktur. Die Gonorrhoe ist während der ganzen Zeit angeblich auf die pars anterior urethrae beschränkt geblieben. (Wir werden später sehen, daß es andere schlimmere Fälle gibt.)

Dieses Beispiel könnte uns zu der Ansicht verleiten, daß, wo doch die Virulenzverhältnisse in den Tropen günstiger zu sein scheinen, als in Europa, Komplikationen selten seien und harmloser verliefen als in der gemäßigten Zone. Daß diese Annahme nicht berechtigt ist, werde ich in einem der folgenden Abschnitte zu beweisen versuchen, indem ich die Komplikationen der Gonorrhoe und ihre Folgen behandeln will. Vorher möchte ich noch auf den Hauptgrund eingehen, der für den so häufigen, komplizierten Verlauf der Gonorrhoe verantwortlich zu machen ist, die Indolenz der Eingeborenen.

In fast allen Gebieten Afrikas steht der Eingeborene im allgemeinen auf dem Standpunkt, die Gonorrhoe sei ein harmloses Leiden, das einer Behandlung nicht bedürfe. Meistens sucht er daher nicht den europäischen Arzt auf, vor dem er eine gewisse Scheu hat, sondern versucht, die Infektion mit den Eingeborenenmitteln zu heilen.

Nach Ziemanns persönlicher Mitteilung hatten aber in Kamerun Neger, die als Bootsleute nach Kapstadt mitgenommen wurden, wegen ihrer Frauen eine heillose Angst vor der in Kapstadt erworbenen Gonorhoe. In Ostafrika wurde die „dawa", eine von einem Medizinmann aus bestimmten Wurzeln hergestellte Flüssigkeit verwendet. So hat jeder Stamm seine besonderen Mittel. Die Frauen gehen nur sehr ungern zum europäischen Arzt, da ihnen ihr Schamgefühl oft eine gynäkologische Untersuchung verbietet.

Der Bulu in Südkamerun ist der Ansicht, daß der Tripper geheilt sei, wenn er keine Schmerzen mehr habe.

Die natürliche Folge dieser irrigen Ansicht war, daß der Eingeborene viel zu früh den Geschlechtsverkehr wieder aufnahm und dadurch für eine weitere Ausbreitung der Gonorrhoe sorgte. Unterstützt wurde diese Ausbreitung durch das Leben im Konnubium, wie es aus dem Bezirk Moschi im damaligen Deutsch-Ostafrika berichtet wurde. Erst nach dreijährigem Konnubium gingen die Eingeborenen

dann zur Einehe über. Wie Külz aus Togo berichtet, stehen sie auf dem Standpunkt: Man muß nicht jeden Tripper behandeln, es gibt einen ungefährlichen Tripper und einen gefährlichen. Mit dem gefährlichen sind die vielen Komplikationen, besonders in Gestalt von Strikturen, gemeint.

Die Eingeborenen in Ostafrika glauben im allgemeinen an drei Arten von Gonorrhoe.

1. Kisonono ya usaha, den eitrigen Tripper.
2. Kisonono ya damu, den blutigen Tripper.
3. Kisonono ya chawi, den angezauberten Tripper.

Aus der Bezeichnung „Angezauberter Tripper" geht hervor, daß die Eingeborenen die Vorstellung haben, die Gonorrhoe entstehe viel eher durch Hexerei und nicht durch Ansteckung. Sie neigen zu dieser Auffassung, weil sie bei Kindern, die noch keinen Geschlechtsverkehr getrieben haben, den blutigen Tripper beobachtet haben. Nach Hauer ist das nichts anderes als eine Aeußerung der Blasenbilharziose.

Nehmen die subjektiven Beschwerden, die durch die Komplikationen verursacht werden, ein unerträgliches Stadium an, begeben sich die Eingeborenen zum europäischen Arzt. Leider ist die Gonorrhoe dann schon ziemlich weit vorgeschritten und der Therapie viel schwerer zugänglich. Nun kommt hinzu, daß die Patienten nach einer einmaligen Konsultation nicht wieder den Arzt aufsuchen oder frühzeitig mit dem Geschlechtsverkehr beginnen, dadurch das Leiden verschlimmern und für eine Ausbreitung der Krankheit in ihrem Stamm sorgen.

Ronnefeldt hörte von einem Häuptling in West-Liberia die Ansicht vertreten, daß das beste Heilmittel für die Gonorrhoe der häufige Geschlechtsverkehr sei. In Viktoria machte man die Beobachtung, daß Gefangene, die mit Gonococcen infiziert waren, sich in ärztliche Behandlung begaben, um den unangenehmen Aufenthalt im Gefängnis mit dem angenehmen im Hospital zu vertauschen. Solange sie frei waren, kamen sie nicht auf den Gedanken, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wenn man so hört, wie der Eingeborene die Gonorrhoe beurteilt, wundert man sich nicht über die vorkommenden Komplikationen.

Die Ansichten der Tropenärzte über die vorkommenden Komplikationen der Gonorrhoe sind keineswegs einheitlich. Selbst in geographisch gleich gelegenen Gebieten weichen die Darstellungen auseinander. Ueber Südafrika, insbe-

sondere Betchuanaland und Transvaal, berichtet Mitschell 1926, daß gonorrhoische Komplikationen sehr selten seien und einen äußerst milden Verlauf zeigten; lediglich blennorrhoische Ophtalmie habe er öfter gesehen. Wie aus den „Mitteilungen aus deutschen Schutzgebieten" hervorgeht, scheinen auch in Samoa Blasenkatarrh, Nebenhodenentzündung, gonorrhoischer Rheumatismus und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und deren Adnexe selten vorzukommen. Aber auch dort sieht man häufig Eingeborene mit einem vollständig erblindeten und mißgestalteten Auge infolge eines Augentrippers. Dieser Ansicht stehen aber auch ganz andere Beobachtungen gegenüber. So berichtet Stabsarzt Dr. Skrodzki aus Tabora:

„Das allgemeine Volksleiden, die Gonorrhoe, hat nach meinen Erfahrungen leider nicht immer die Harmlosigkeit, die ihr nicht nur von Eingeborenen, sondern auch von Tropenärzten zugeschrieben wurde. Ich habe mich von einer geringeren Empfindlichkeit Schwarzer gegen Gonococcen nicht überzeugen können, nachdem ich bei 46 Zugängen 7 Komplikationen gesehen habe. Blasenkartarrh, Nebenhodenentzündung in mehreren Fällen und bei einem jungen Gefangenen endlich fast alle denkbaren Metastasen der Gonorrhoe, die nach schwerer Endokarditis zum Tode durch Erschöpfung führten."

Hauer sah in Ostafrika häufig Epididymitis und Orchitis mit der Folge der Verödung eines oder beider Testikel. Auch bei den Weibern führten chronische Endometriden mit Entzündungen der Adnexe häufig zur Sterilität.

Ronnefeldt machte 1933 folgende Beobachtungen:

Er sah alle Arten Komplikationen, die wir in Europa auch kennen, Urethritis, Bartholinitis, Endometritis, Parametrius, Salpingitis, Strikturen und Polyarthritiden. Dabei fiel ihm aber auf, daß die Salpingitis leichter verläuft als in Europa, nicht so unerträgliche Schmerzen machte und vor allen Dingen der Therapie, die noch später zu besprechen ist, zugänglicher war. Der Verfasser sah sogar Wiederherstellung der Fertilität nach doppelseitiger Tubenerkrankung. Bei der Polyarthritis gonorrhoica bleibt das Kniegelenk, das ja in Europa meist befallen wird, frei, statt dessen werden das Ellenbogengelenk und das Handgelenk bevorzugt.

Sehr häufig ist nach Beobachtungen von Ziemann das Vorkommen von Strikturen. Manche Autoren stehen auf dem Standpunkt, daß diese häufig durch falsche Behandlung der Gonorrhoe mit zu konzentrierten Silberlösun-

gen verursacht werden. Diese Ansicht stimmt für die Mehrzahl der Fälle nicht. Die Strikturen beruhen nach Ziemann auf einer für die Neger-Rasse charakteristischen fibroplastischen Diathese. Strikturen der pars posterior können zur Harnverhaltung und der Ausbildung einer Urinphlegmone des Beckens und Skrotums führen. Das Ende ist meistens der Durchbruch der Urinphlegmone nach außen und das Entstehen einer Harnfistel.

Zwei Krankengeschichten mögen noch zur näheren Erläuterung dienen. Die erste ist berichtet von dem Stationsarzt von Mahenge, Stabsarzt Dr. Grothusen aus Ostafrika, über einen Fall von periurethraler Fistel infolge einer Gonorrhoe.

(Vgl. das Schrifttum.)

Ueber einen Todesfall eines 15jährigen Negers an Gonococcenallgemeininfektion wird folgendes berichtet.

Msaramo, 15 Jahre alt, wurde seit dem 2. 11. an Tripper behandelt. Nachdem Anfang März der Ausfluß fast ganz verschwunden war, trat plötzlich unter hohem Fieber und Benommenheit ein Krampfanfall mit vollständigem Verlust des Bewußtseins ein.

Befund: Fieber 39°, im Blut keine Malariaparasiten, dagegen massenhaft zerfallene Blutkörperchen, Blutpättchen, vereinzelte Gonococcen. Patient reagiert auf Anruf, antwortet aber nicht, er wehrt sich die Fliegen selbst ab, schluckt Nahrung und Arznei hinunter.

Krankheitsbezeichnung: Allgemeininfektion mit Gonococcen.

Behandlung: Kalte Umschläge auf Brust und Kopf. Salol täglich 6 g.

Krankheitsverlauf: 8. März. Kein Abfallen der Temperatur, die Nahrungsaufnahme ist auf Flüssigkeiten beschränkt, das Bewußtsein leicht getrübt. Zur Erhaltung der Herzkraft Kampher.

10. März. Nachdem am 9. März das Bewußtsein nicht zurückgekehrt ist, trat trotz Kampher infolge Herzschwäche am Vormittag der Tod ein. Die Körpertemperatur hielt sich zwischen 39° und 39,6°.

Diese beiden erwähnten Krankengeschichten und der Bericht über das Vorkommen der Komplikationen der Gonorrhoe in allen Teilen Afrikas, besonders das häufige Auftreten der Sterilität bei Männern und Frauen läßt uns vermuten, daß die Gonorrhoe bei der Bevölkerungsfrage der Eingeborenen eine wichtige Rolle spielt.

Aber nicht alle Autoren, die Erfahrungen auf tropenmedizinischem Gebiet haben, sind gleicher Ansicht.

Siebert behauptet, der Grund für den Bevölkerungsrückgang sei nicht in dem häufigen Vorkommen der Geschlechtskrankheiten zu suchen. Als Beispiel führt der Verfasser Java an, wo die Geschlechtskrankheiten kolossal verbreitet seien und doch kein Sinken der Bevölkerungsziffer zu beobachten sei. Auf einem Schiff, mit dem der Verfasser von Java nach Neuguinea fuhr, befand sich auch ein Transport malaischer Arbeiter, die vor der Landung untersucht wurden. Von dreißig Arbeitern waren 4 mit floriden Geschlechtskrankheiten behaftet. Siebert sucht den Rückgang der Bevölkerung in anderen Gründen. Er glaubt, daß die vitale Kraft der Eingeborenen schon im Erlöschen begriffen war, bevor der Europäer ins Land kam.

Gegenteiliger Ansicht sind andere Verfasser. O. Fischer berichtet über die weite Verbreitung der Gonorrhoe in Ostafrika. 1929 wurden im Krankenhaus Bumbuli in Usambara in den Monaten April—Juli 54 Fälle mit mikroskopisch positiver Gonorrhoe behandelt. Er glaubt, daß die geringe Geburtenhäufigkeit in Unjamwesi ihren Grund in der Sterilität nach gonorrhoischen Infektionen hat. Auch in Angola ist der Geburtenrückgang mit eine Folge der Gonorrhoe. Im Jahre 1927 fand A. D. Mora, der Chef des Gesundheitswesen von Angola, bei 1322 Besuchen in Eingeborenendörfern 2027 Fälle von Geschlechtskrankheiten. Aus Ostafrika, Togo und Kamerun berichtet Ziemann, daß die Bevölkerungsziffer stellenweise beständig im Sinken sei. Die Gründe dafür sind unter anderen die Harnröhrenstrikturen, Fisteln und die damit einhergehende Sterilität bei Männern und Endometritis gonorrhoica mit Sterilität, Fieber nach Entbindungen und sonstige Gebärmuttererkrankungen bei Frauen.

Ueber die Volkskrankheiten in Kamerun berichtet Külz. „Einmal fand ich unter 120 Mann, 68, die angaben, Gonorrhoe überstanden zu haben. Darunter hatten 11 sich eine zweimalige, 9 eine dreimalige, 2 eine viermalige und 1 eine fünfmalige Infektion zugezogen. Die übrigen waren bis dahin nur mit einer davongekommen. Mit florider Gonorrhoe fanden sich bei dieser Quote 11 Patienten. Bei einer einige Monate später angestellten Nachforschung unter 90 anderen Gefangenen fanden sich 41 mit Tripper behaftet oder behaftet gewesene. Unter 250 Arbeitern des Jabassigebietes, die ich auf Gonorrhoe untersuchte, waren 22 frisch infizierte, 122 hatten sie früher überstanden."

In Uganda, in Aequatorialafrika, ist die Bevölkerung von 1900—1909 von 56 000 auf 11 000 herabgesunken. Ziemann weist in seinem Aufsatz über „Die Bevölkerungs-

probleme der primitiven Rassen" darauf hin, daß neben die Heilung von Krankheiten der Eingeborenen die Bevölkerungshygiene zu treten habe. Auch jetzt, die Arbeit erschien 1936, sei die Bevölkerungsziffer der ehemaligen deutschen Kolonie zu gering, um die Reichtümer des Landes entwickeln zu können. Im Urwaldgebiet Kameruns, in Ebolowa, bei dem kräftigen Stamm der Bulu, fand Jäger, daß unter 1015 anwesenden geschlechtsreifen Weibern nur 59 = 5,8 % schwanger waren, 246 = 24,2 % bisher unfruchtbar. Bei einer von Geschlechtskrankheiten durchseuchten Bevölkerung von Mwalge hatten 61 % der Weiber nicht geboren.

In Ostafrika, in der Landschaft Mjidjo, fehlt die Nachkommenschaft fast gänzlich. Mehrfach waren je Familie selten mehr als zwei Kinder, angeblich wegen der Vielweiberei, die leicht zur Prostitution und zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten führt, vorhanden. In Karagwe litten 30 % an Gonorrhoe.

Die von Ziemann vorgeschlagenen Maßnahmen zur Hebung der Geburten werde ich später bei der Besprechung der prophylaktischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Gonorrhoe erwähnen.

Zum Schluß dieses Abschnittes möchte ich die Frage aufwerfen: „Kann uns Weißen überhaupt an einer zahlenmäßig starken Eingeborenenbevölkerung gelegen sein? Erschweren wir uns nicht selbst durch Maßnahmen zur Hebung der Geburtenziffer der Schwarzen unsere Kolonisierungsarbeit?" Die Frage ist selbstverständlich aufs schärfste zu verneinen. Wir Europäer brauchen viele gesunde und kräftige Eingeborene als Arbeiter auf unseren Farmen und in unseren kolonialen Betrieben. Der weiße Arbeiter ist nicht in der Lage, bei den klimatischen Verhältnissen in den Tropen den Eingeborenen zu ersetzen. Die Eingeborenen bedeuten für uns eine billige und wertvolle Arbeitskraft. Desgleichen brauchen wir die Eingeborenen als Abnehmer unserer heimischen Erzeugnisse. So kommen wir am Schluß dieses Abschnittes zu dem Ergebnis, es muß uns Europäern viel daran gelegen sein, einen Einfluß auf die Bevölkerungsziffer der Farbigen zu haben.

Erkennen wir den Sinn einer Bevölkerungshygiene bei den Eingeborenen, so verstehen wir, welche Aufgaben uns daraus erwachsen, daß wir die unbedingte Pflicht haben, auch Maßnahmen gegen die weitere Ausbreitung der Gonorrhoe zu ergreifen. Bevor wir uns mit diesen Auf-

gaben beschäftigen, möchte ich aber auf die Gründe eingehen, die für eine Verbreitung der Gonorrhoe gesorgt haben.

Nur zu oft hört man die Ansicht vertreten, daß infolge der Besiedelung Afrikas durch infizierte Europäer eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten bei den Farbigen zu verzeichnen sei. Einmal ist nicht zu leugnen, daß durch das Erscheinen der Europäer in den afrikanischen Kolonien ein Zustand der Ordnung, der persönlichen Sicherheit und eine lebhafte Handelsbewegung einsetzte. Durch die Verwaltungsmaßnahmen aber, durch den Karawanenverkehr, durch die Einrichtung von Militär- und Verwaltungsstationen, durch den Wegebau, den Bahnbau, mit seinen Massenansammlungen von Arbeitern, ist der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten weitgehendst Gelegenheit geboten. Auch früher, vor dem Erscheinen der Europäer, waren schon venerische Erkrankungen unter den Eingeborenen verbreitet. Nur wurde durch die Kolonisierung die Isolierung der einzelnen farbigen Stämme aufgehoben. Durch Handel und Verkehr fand nunmehr eine innige Berührung der Eingeborenen statt, und damit wuchs die Möglichkeit zur Infektion. Külz berichtet über Südkamerun, daß je länger die Gebiete dem Verkehr erschlossen waren, desto mehr die Geschlechtskrankheiten sich verbreiteten. Als Beispiel wird ihre große Verbreitung bei den beiden Stämmen der Jaunda und Bane genannt, die dem internationalen Handel mit seinen Gefahren am längsten ausgesetzt sind, da sie an den Hauptverkehrsstraßen wohnen. Die Arbeiter, die vom Binnenland an die Küstenplätze kommen, infizieren sich beim Geschlechtsverkehr mit den dort weit verbreiteten Prostituierten und stecken nach ihrer Rückkehr in ihre Heimat die Stammesmitglieder an.

In dem Kondelande (Ostafrika) kann man den Weg verfolgen, den die Geschlechtskrankheiten genommen haben. Entlang der großen Heerstraße führt er von Iringa zum Njassasee. Die größte Zahl der Patienten dieses Landes sind Häuptlinge und Wohlhabende, die die finanzielle Möglichkeit haben, sich eine Suahelifrau, die als besonders vornehm gilt, zu halten. Diese Suahelifrauen stecken meistens ihre Käufer an, da sie vorher fast immer in anderen Händen waren oder häufig sogar an den Küstenplätzen als Prostituierte tätig gewesen sind.

Damit komme ich zu dem Hauptgrund der Verbreitung der Gonorrhoe, der Prostitution. Um die wirklich große

Gefahr, die die Prostitution in Afrika mit sich bringt, verstehen zu können, müssen wir uns klarmachen, daß ein Unterschied zwischen diesem Gewerbe in Europa und den Tropen besteht. Bei uns verstehen wir unter einer Prostituierten eine Frau, die sich gewerbsmäßig dem Manne zum Geschlechtsverkehr zur Verfügung stellt, dabei aber regelmäßig ärztlich untersucht wird und den Behörden bekannt ist. Ganz anders bei den Eingeborenen. Zwar finden sich auch in den Kolonien, besonders in den Hafenplätzen, unter ärztlicher Aufsicht stehende Prostituierte, aber der größte Teil der Eingeborenen wird nicht von der Verwaltung erfaßt. Oeffentliche Häuser sind selten vorhanden. Käufliche Frauen hingegen sind auch sonst in reichlicher Menge vorhanden. Die Hauptgründe für ein Vorhandensein der Prostitution überhaupt sind die Vielweiberei und der Weiberkauf. Dadurch, daß manche Männer mehrere Frauen haben und daher einem Teil der männlichen Bevölkerung die Möglichkeit zum ehelichen Geschlechtsverkehr fehlt, müssen sich einige der verheirateten Frauen prostituieren. Die Männer, denen sie gehören, sind mit dieser Lösung einverstanden, da es für sie eine günstige Einnahmequelle bedeutet. So heißt für den Eingeborenen Prostitution, das Verleihen und Vermieten von Weibern an Freunde und Fremde. Auf diese Weise ist in manchen Gegenden fast jede Eingeborenenfrau eine Prostituierte. Da es aber nach der Ansicht mancher Autoren als eine Seltenheit angesehen werden muß, daß eine farbige Prostituierte nicht mit Gonorrhoe infiziert ist, können wir uns die Verbreitung dieser Geschlechtskrankheit erklären. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Prostitution, auf die ich im folgenden noch eingehen werde, haben im Laufe der Jahre eigentlich zu keinem rechten Erfolg geführt. 1924 schreibt J. Comley in „la médécine au Maroc":

Untersuchte Prostituierte: 70.

Nichtuntersuchte Prostituierte: 615.

Unter 54 Neuaufnahmen in 2 Monaten waren 12 venerisch infiziert.

Die weite Verbreitung der Gonorrhoe, das Vorkommen bestimmter Komplikationen, der Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf das Bevölkerungsproblem und die Vertrautheit mit den Gründen, die zu der Ausbreitung der Gonorrhoe führten, zwingen den Europäer, Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung zu ergreifen. Diese Maßnahmen werden

einerseits therapeutischer, andererseits prophylaktischer Art sein. Die Prophylaxe wird von uns die Lösung des Prostitutionsproblems und eine allgemeine Belehrung der Eingeborenen mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln verlangen.

Ueber die Heilmittel der Eingeborenen haben wir zuverlässige Berichte vorwiegend aus Ostafrika. Sie stammen einmal aus den „Medizinalberichten aus deutschen Schutzgebieten", und zweitens aus Beobachtungen, die 1932 von O. Fischer gemacht sind.

Sehr geschätzt werden von den Schwarzen Abkochungen von Wurzeln der männlich blühenden Papaia. Die Wasukuma extrahieren die vorher gestoßenen Blätter eines bestimmten Baumes mit Wasser und trinken das säuerlich schmeckende Getränk. Binnen drei Tagen soll, nach ihren Angaben, die Gonorrhoe fort sein. Bei den Wasuaheli sind Zitronensaftkuren gebräuchlich, bei denen sie morgens nüchtern zwei Tassen reinen Zitronensaft trinken. Die Massai benutzen eine Suppe von Knochen und der Schale der Schirmakazie. In Kiriba sind beliebt das „rushasba", „rutete", „mugege", „enyamashumi". Bei den Suaheli werden täglich mehrere Trinkkokosnüsse getrunken, die harntreibend wirken sollen. Aus gekochten Blättern aus dem Busch wird eine Art Spinat hergestellt, wie Dr. Peiper berichtet, und auf einen heißen Stein getan. Der Kranke soll darüber kauern und von den aufsteigenden heißen Dämpfen sein Glied bedampfen lassen. Selbst Europäer rühmen manche Eingeborenenmittel als heilend. Im allgemeinen sind aber wenig Dauerheilungen zu verzeichnen. Vielmehr sehen die europäischen Aerzte danach ganz intensive Reizerscheinungen von Niere und Blase. Es fand sich Eiweiß im Urin, völlige Anurie und Urinretention der Blase. Es ist ein Fall von einem Europäer in Südkamerun bekannt geworden, der sich ein Eingeborenendekokt geben ließ und an Anurie zugrunde gegangen ist.

Aus Gesagtem folgt, daß ein Erfolg der Eingeborenentherapie sehr in Zweifel zu ziehen ist. Der größte Teil der an Gonorrhoe Erkankten wendet sich endlich doch an den europäischen Arzt, leider aber erst in einem Zustande, wo für die Behandlung erhebliche Schwierigkeiten auftauchen.

Nach den Berichten der meisten Autoren ist man in den Tropen mit der in der gemäßigten Zone gebräuchlichen Therapie ausgekommen. Beim akuten Tripper werden starke Protargollösungen (1—4 %) und Janetsche Spülungen empfohlen, beim chronischen Tripper zusätzlich Bougieren

und Prostatamassage. In Bagamajo in Ostafrika haben die Aerzte mit der innerlichen Darreichung des Santyl und örtlicher Protargolbehandlung Erfolg gehabt. Nach ihrer Beobachtung heilten die innerlich behandelten Fälle schneller und Magenstörungen sind nicht aufgetreten. In anderen Gegenden Afrikas werden Injektionen von Kali-Permanganatlösung zwei- bis dreimal täglich und die Beeinflussung der akuten Gonorrhoe mit Acroflavin empfohlen. Kersten benutzte schon 1914 in Deutsch-Ostafrika die Vakzinebehandlung mit Arthigon und Gonargin. Er beobachtete, daß die Gonococcen meist nicht allein, sondern in Symbiose mit anderen Bakterien, meist Staphylococcen, vorkommen, die dann wohl auch den chronischen Verlauf der Erkrankung verursachten. Die Beobachtung veranlaßte ihn, aus arteigenen Gonococcen und den Begleitbakterien ein Vakzin herzustellen und in der Praxis mit Erfolg anzuwenden. Nach seinen Angaben sind besonders der Verlauf der chronischen und geschlossenen Formen der Gonorrhoe beeinflußt worden.

G. Ischok verlangt von einer Behandlung der Gonorrhoe bei Eingeborenen Aegyptens die Erfüllung folgender, auch für Deutschland zutreffender Bedingungen:

1. Der Urin muß klar werden.
2. Das Urethralsekret muß in mehreren Fällen negativ sein.
3. Die urethroskopische Untersuchung darf keine Komplikationen in Form von Strikturen oder Entzündungen der Drüsen zeigen.
4. Das Sekret von in die Harnröhre injizierten Silbernitratlösungen muß negative Ergebnisse bei der Untersuchung zeigen.
5. Das täglich auf Eiterzellen untersuchte Prostatasekret muß negativ sein.

Die Bedingungen glaubt der Verfasser zu erzielen durch tägliche Spülungen mit Permanganatlösung, durch Gaben von Protargol und Argyrol und durch zweimal in der Woche vorgenommene Antigonococcenvakzininjektion.

Ronnefeldt, der eine reiche Erfahrung in West-Liberia hat, benutzt seit zwei Jahren die intravenöse Trypaflavinbehandlung, unterstützt durch interne Behandlung mit Balsamicis. Obwohl er sich über die Bedenken klar ist, die von europäischer Seite geäußert sind, hält er an der Behandlung fest. Einmal fürchtet man die bei mangelhafter

Venenpunktion auftretenden Abscedierungen und Nekrosen, ferner die lichtsensibilisierende Wirkung des Präparates, die aber in den Tropen unter dem Einfluß des dortigen Klimas so gut wie vollständig ausblieb, und endlich die Nebenwirkung in Form von Harndrang sofort nach der Injektion, Schwindelgefühl, Speichelfluß und Erbrechen. Ronnefeldt hat etwa 80 Fälle nach seiner Methode behandelt. Er sah in frischen Fällen schon nach 2, 3 oder 4 Einspritzungen von 10 ccm 2%iger Trypaflavinlösung intravenös die Gonococcen verschwinden. Mit ihnen versiegte auch die Eiterung bald. Nach der fünften Spritze ist nicht einmal mehr morgens Sekret aus der Urethra zu gewinnen. Am besten hat sich bewährt, die beiden ersten Einspritzungen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zu geben und die weiteren ein um den anderen Tag. Bei der Urethritis posterior mit Strikturen bewährte sich die Trypaflavinlösung mit Unterstützung von Gonosan. Auch bei Epididymitis, der weiblichen Gonorrhoe und Adnexitiden sah der Verfasser gute Erfolge. Ronnefeldt berichtet einen Fall, in dem sogar die Tuben wieder durchgängig wurden.

„Eine Frau, die 5 Kinder geboren hatte, kam mit einer beiderseitigen Salpingitis zur Behandlung. Auf ihre Frage hin glaubte ich ihr versichern zu können, daß sie forthin nicht mehr schwanger werden könnte. Sie bekam 6×5 ccm 2%ige Trypaflavinlösung intravenös und eine Weile später sah ich sie wieder. Da war sie im 6. Monat schwanger und hat auch ein Kind ausgetragen."

Wenn Ronnefeldt auch davon überzeugt ist, daß das Trypaflavin gewisse Mängel aufweist, hält er doch an der Behandlung fest, weil er mit Hilfe dieser Behandlung mehr Eingeborene erfaßt hat als mit der Protargolbehandlung. Die lokale Behandlung der Gonorrhoe empfinden die Schwarzen als äußerst unangenehm und selten kommen sie wieder, wenn sie einmal zur Behandlung beim europäischen Arzt waren. Man kann auch nicht damit rechnen, daß sie selbst weiterspritzen, zumal auch die Spritzen bei dem Klima der Tropen häufig undicht werden. Die intravenöse Behandlung ist dem Neger sehr viel sympatischer. Ronnefeldt sieht den großen Vorteil des Trypaflavins darin, daß mehr Eingeborene erfaßt werden und damit einer Ausbreitung der Gonorrhoe Einhalt geboten wird. Ob und inwieweit das moderne Uliron sich gerade bei Massenbehandlungen der Farbigen bewähren wird, müssen noch spätere Untersuchungen lehren.

Für den Weißen dürfen aber nicht nur die therapeutischen Maßnahmen im Vordergrund stehen, sondern in gleicher Weise auch die Propylaxe. Es muß versucht werden, überhaupt eine Ausbreitung der Gonorrhoe zu verhindern. Das geschieht einmal durch die Lösung des Prostitutionsproblems, zum anderen durch eine sachgemäße Belehrung der Eingeborenen durch die Weißen.

Bei der Bekämpfung der Prostitution in den Tropen muß man sich von vornherein darüber im klaren sein, daß es nicht gelingen wird, die Prostitution überhaupt zu verbieten und zu verhindern. Man kann von einem großen Erfolg nur sprechen, wenn es gelingt, die Kontrolle sämtlicher Prostituierter zu erreichen. Zunächst hat der weiße Arzt die Aufgabe, darauf zu achten, daß die als Arbeiter, Arbeiterinnen und Bediente in die Kolonie Kommenden gewissenhaft untersucht werden, um bei deren eventuellen Prostitution eine Verbreitung der Geschlechtskrankheiten von vornherein auszuschalten. Außerdem gilt es, eine allgemeine Regelung der Prostitution zu schaffen, die dem Eingeborenen nicht zu unangenehm ist. Um einen Geschlechtsverkehr zwischen Europäern und Eingeborenen zu verhindern, hat man in manchen Gegenden Afrikas, in den Küstenstädten Bordelle mit europäischen Mädchen eingerichtet, deren Besuch den Farbigen verboten ist. Diese Maßnahme erwies sich als notwendig, da der Verkehr zwischen Europäern und Schwarzen das Ansehen der weißen Rasse schädigte. Für die Eingeborenenprostituierten wurde eine ständige ärztliche Kontrolle eingerichtet. Jede bekam ein Buch, in das ihre regelmäßigen Untersuchungen durch den Arzt eingetragen wurden. Es wurde streng darauf geachtet, daß die Frauen regelmäßig kamen. Meistens war es auch so, daß die Eingeborenen von sich aus ein großes Interesse daran hatten, die Bestätigung der vollzogenen Untersuchung in ihrem Buch vermerkt zu bekommen. Wurden Frauen als krank befunden, mußten sie zur Behandlung im Hospital bleiben, und es war der Umsicht des Arztes überlassen, ihren Aufenthalt dort so einzurichten, daß sie das Krankenhaus nicht von sich aus vorzeitig verließen. Die Behandelten wurden erst entlassen, wenn wiederholt gemachte Abstriche negativ waren. Nennenswert wäre ja die Erprobung mit systematischen Provokationsmethoden.

In Gegenden, in denen der Ritus des Stammes die Untersuchung farbiger Frauen durch den europäischen Arzt

verbietet, ist es notwendig, Eingeborenenfrauen in der Technik der Einführung des Spekulums und der Entnahme von Untersuchungsmaterial auf Gonococcen auszubilden.

Von einigen Autoren ist eine Unterbringung der Prostituierten in bestimmten Stadtvierteln gefordert worden, um deren Kontrolle durch die Polizeibehörden zu erleichtern. Man könnte zu der Annahme neigen, daß eine Maßnahme in diesem Sinne vom gesellschaftlichen Standpunkt als zu hart abzulehnen sei. Die Erfahrungen lehren aber, daß der Eingeborene in dieser Hinsicht ganz anders empfindet als der Europäer und diese Kasernierung als einfache Verwaltungsmaßregel ansieht, allerdings nicht allgemein. Außerdem wird eine unter Kontrolle stehende Prostituierte in Afrika nicht etwa von ihren Stammesgliedern verachtet. Im allgemeinen ist es der Geschicklichkeit des Arztes überlassen, die Eingeborenen richtig zu behandeln. Zu harte Maßnahmen gegen Prostituierte führen zu Abwanderungen in andere Gebiete und veranlassen die Eingeborenen, Kurpfuscher aufzusuchen. Wie Ziemann 1933 im „Beitrag zur Bevölkerungspolitik der farbigen Rassen" ausführt, ist die Regelung der Prostitution noch durchaus ungenügend. Es sind überall noch keine sicheren Resultate zu verzeichnen, weil der Freiheitsdrang der Eingeborenen die Kasernierung nicht zuläßt. In Ebolowa (Kamerun) litten bei 5527 Seelen von 568 Männern 110 = 20 % an Tripper. In Karagwe (Ostafrika) 30 % der Bevölkerung an Gonorrhoe. Ziemann schlägt eine strenge Ueberwachung der Soldaten, Soldatenfrauen, der Träger und Händler herumziehender Stämme, z. B. der Haussahs, vor. Durch Gratisambulatorien glaubt er fördernd zu wirken. Acht Forderungen hält der Verfasser für unbedingt wichtig.

1. Verbot der Polygamie.
2. Hygienische Durchbildung der Verwaltungsbeamten.
3. Vermehrung des Sanitätspersonals.
4. Ausbau der Bauhygiene und Seuchengesetzgebung.
5. Systematische hygienische Aufklärung der Eingeborenen in Schulen, Häuptlingsversammlungen, Missionen, Kinos.
6. Bildung von Gesundheitskommissionen, unter Hinzuziehung der Eingeborenen.
7. Hygienische Ueberwachung der Eingeborenen in allen wirtschaftlichen Betrieben.
8. Genügende Versorgung der Eingeborenen mit Sanitätsmaterial.

Lasnet veröffentlicht 1934 eine Arbeit über das Programm des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten in Algier.

Die Spitze der Organisation ist der Direktor für das öffentliche Gesundheitswesen beim Generalgouvernement. Auf dem Sondergebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten stehen ihm ein ordentlicher Professor als Ratgeber und außerdem eine beratende Kommision zur Seite. Die Aufklärung ist Sache des algerischen Arztes für vorbeugende Medizin und Hygiene. Im einzelnen Departement ist der Gesundheitsdirektor zuständig. Er wird unterstützt durch einen beratenden Facharzt und den Arzt für soziale Hygiene bei der Departementsverwaltung. Durch Unterrichtskurse für Aerzte und Pflegepersonal sorgt der wissenschaftliche Ratgeber für eine bessere und einheitlichere Art der Behandlung. Besondere Krankenhausabteilungen für Geschlechtskranke befinden sich in Algier. Oran und Konstantine. Daneben gibt es in den wichtigsten Städten ambulante Behandlungsstellen, die teils mit öffentlichen Mitteln, teils mit privaten unterhalten werden. Die Behandlung ist für Minderbemittelte unentgeltlch. Salvarsan und Wismut werden zentral beschafft und kostenlos zur Verfügung gestellt. Die sittenpolizeiliche Kontrolle der Prostituierten erfolgte alle 2 Wochen in der Untersuchungsstelle des Gesundheitshauses. Jedesmal ist eine klinische und bakteriologiche Untersuchung vorzunehmen. Ferner möglichst vierteljährlich eine serologische Reaktion. Ansteckungsgefährliche Prostituierte werden in einer geschlossenen Krankenhausstation untergebracht.

Aus folgenden Tabellen entnimmt man, daß Statistiken über das Vorkommen der Gonorrhoe früher nur in sehr beschränktem Maße zur Verfügung standen. Die Gründe, die hierfür geltend zu machen sind, habe ich zu Beginn der Arbeit erwähnt. Die zuverlässigsten Zahlen sind die der „Sanitätsberichte aus deutschen Schutzgebieten". Aber auch bei ihnen dürfen wir auf keinen Fall die angegebenen Zahlen als Maßstab für die Ausbreitung annehmen, denn ein großer Teil der Eingeborenen bleibt ja unbehandelt. Die angegebenen Zahlen sollen nur dazu dienen, ein ungefähres Bild der Entwicklung der Gonorrhoeverbreitung zu geben. Gerade die Statistiken über das Vorkommen der Gonorrhoe in Kenya, Nigeria und Belgisch-Kongo aus den letzten Jahren lehren, daß trotz aller Bemühungen seitens der Europäer die Zahl der Infizierten ständig ansteigt.

Für den europäischen Arzt gibt es in den Tropen auf diesem Gebiet noch sehr dankbare Aufgaben. Er kann dort schaffen zum Segen der Kolonisation der weißen Rasse.

Vorkommen der Gonorrhoe in den deutschen Kolonien von 1902—1912*).

	1902-03	1903-04	1904-05	1905-06	1906-07
Kamerin	44	39	46	41	61
Deutsch-Ostafrika			486	402	604
Togo			12	126	107
Deutsch-Südwestafrika					

	1907-08	1908-09	1910-11	1910-11	1911-12
Kamerun	131	197	474	684	
Deutsch-Ostafrika	858	925	1045	942	1193
Togo	269	290	284	188	211
Deutsch-Südwestafrika	311	231			

Vorkommen der Gonorrhoe in Kamerun von 1900—1905.

1900/1901: 42,9 % 1901/1902: 41,3 %
1902/1903: 34,5 % 1903/1904: 22,3 %
1904/1905: 15,4 %

Das Vorkommen von Komplikationen der Gonorrhoe in den deutschen Kolonien von 1905—1912.

(Vgl. Fußnote auf der vorhergehenden Seite. Der Arztmangel war anfangs gerade in Kamerun sehr groß.)

1. Deutsch-Ostafrika.

	1905-05	1906-07	1907-08	1098-09	1909-10	1910-11	1911-12
Hoden- u. Nebenhodenentzündung	73	129	119	154	184	148	
Strikturen	2	4	6	1			
Blennorrhoe	9	10	22	14			

2. Kamerun.

	1905-06	1906-07	1907-08	1908-09	1909-10	1910-11	1911-12
Hoden- u. Nebenhodenentzündung	1	6	14	22	20		
Strikturen		3	3				
Blennorrhoe		2		6	15	8	

*) Es handelt sich hierbei natürlich nur um unzureichende Feststellungen, da die viel zu kleine Zahl der Aerzte, namentlich im Anfange, nur einen verschwindend kleinen Teil der Fälle erfaßte.

Das Vorkommen der Gonorrhoe bei der kaiserlichen Schutztruppe von 1907—1912.

1907/1908:	13,83 %	1908/1909:	12,29 %
1909/1910:	8,03 %	1910/1911:	7,2 %
1911/1912:	5,0 %		

3. Togo.

	1905-06	1906-07	1907-08	1908-09	1809-10	1810-11	1911-12
Hoden- u. Nebenhodenentzündung	34	10	3	30	23	31	20
Strikturen	18	14	26	28	25		
Blennorrhoe	14					9	8
Fisteln				9			

4. Deutsch-Südwestafrika.

	1905-06	1906-07	1907-08	1908-09	1909-10	1910-11	1911-12
Hoden- u. Nebenhodenentzündung			11	8			
Blennorrhoe			3	2			

Die Anzahl der behandelten Geschlechtskranken der Südafrikanischen Union von 1920—1924.

1920:	22 987	1921:	35 734
1922:	20 546	1923:	50 685
1924:	50 451		

Das Vorkommen der Gonorrhoe in Südkamerun im Jahre 1910.

Stammesname	Anzahl der Befragten und Untersuchten	Darunter m. frischer oder überstanden. Gonorrhoe	Prozentsatz der Infizierten	Gesamtzahl der Infektionen unter Bürücksichtigung der mehrmalig.
Jaunda	170	119	70 %	149
Bane	41	33	80 %	47
Iclinda	50	23	46 %	28
Omwang	52	27	52 %	33
Makka	32	20	63 %	22
Etum	101	3	3 %	3
Imgone	47	13	28 %	16

Tabelle über das Vorkommen der Gonorrhoe in Aegypten von 1925—1931.

	Männer	Frauen	Summe
1925	11	18	29
1926	126	189	315
1927	395	552	947
1928	1078	1401	2485
1929	1720	2560	4280
1930	2230	3319	5549
1931	2280	3590	6410
1932	3146	3655	6811

Vorkommen der Gonorrhoe in Tanganyika in den Jahren 1930, 1934, 1935.

Jahr	Erkrenkung	Todesfälle	Klinisch	Poliklinisch
1930	7107	5	772	6335
1934	10 002	8	673	6329
1935	8764	7	616	8748

Vorkommen der Gonorrhoe in Kenya für die Jahre 1933—1936.

Jahr	Anzahl der Fälle	Klinisch	Poliklinisch
1933	2143	856	1287
1934	2661	973	1648
1935	3568	1209	2359
1936	3876	1194	2682

Vorkommen der Gonorrhoe in Belgisch-Kongo von 1925—1929.

Province du Congo Kasai	735	1357	1870	3310
Province equatoriale	911	1631	1479	2454
Province orientale	1936	3814	3617	6681
Province du Katanga	372	1775	1438	2150

Vorkommen der Gonorrhoe in Nigeria für die Jahre 1927—1929.

1927: 7 012 Fälle
1928: 8 927 Fälle
1929: 12 018 Fälle.

Zusammenfassend komme ich zu folgendem Ergebnis:

1. Die Gonorrhoe verläuft in den Tropen nicht anders, als in der gemäßigten Zone. Daß man in den Tropen häufiger Komplikationen sieht, liegt daran, daß die Eingeborenen sich, wenn überhaupt, erst sehr spät in die Behandlung eines europäischen Arztes begeben.

2. Nach den Ansichten der meisten Autoren ist die Ausbreitung der Gonorrhoe mit ein Hauptgrund für den starken Bevölkerungsrückgang in vielen Gebieten Afrikas. Wie stark dieser Rückgang ist, lehren die beigefügten Statistiken.

3. Gründe für die Ausbreitung der Gonorrhoe sind einmal die Aufhebung der Isolierung der einzelnen farbigen Stämme durch die Kolonisierung, und zweitens die allgemeine Prostitution.

4. Um die Gonorrhoe erfolgreich zu bekämpfen, muß unter anderem erreicht werden:

a) die Durchführung der intravenösen Trypaflavinbehandlung nach Ronnefeldt;
b) die Einschränkung der Prostitution;
c) die Verwirklichung der acht Forderungen Ziemanns.

Herrn Professor Dr. med. Ziemann danke ich für die freundliche Ueberlassung des Themas und die persönlichen Mitteilungen über die in Afrika gemachten Erfahrungen.

Literatur.

1. Aleixo: Organisation des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten im Staate Minas (Brasilien), insbesondere in dessen Hauptstadt. Brazil. med. gaz. 59. Nr. 1, S. 1—7, 1924. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 11. 1924. lv.
2. Cazanove: Considerations sur les evaluations veneriennes et les procédés de la lutte anti-venerienne aux colonies. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 36. Bd. Heft 1/2. S. 120—121.
3. Gollin: Sur les maladies veneriennes dans la garnison de Tanarive. Bull. de la soc. de path. exot. Bd. 16, Nr. 7, S. 534—41. 1923. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 11. 1924. 111.
4. Colony and Protectorate of Kenya. Medical Department. Annual Report 1936.
5. Comley: La médicine au Maroc. Presse med. Par. 1924, XXX 11. 1403, 1487, 1571.
6. Day: Urological and veneral idiosyncrasis presented by the negro. Journal of. urol. Bd. 5 Nr. 1, S. 19—27. 1921. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. 1921. 11.
7. Fischer: Studien zur Pathologie und Epidemiologie Ostafrikas. Beiheft zum Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. 36. 1932.
8. Fülleborn und Mayer: Aus den Berichten über eine tropenmedizinische Studienreise nach Aegypten, Ceylon, Vorderindien und Ostafrika. Arch. f. Schiffs- und Tropenkrankheiten. Bd. 11. 1907.
9. Generalsanitätsberichte über die kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für die Berichtsjahre 1903/04, 1904/05, 1906/07, 1907/08. 1910/11, 1911/12.
10. Glatzel: 3 Monate im Seva Hadji Hospital zu Dar-es-Salam. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 10. 1906, S. 280.
11. Goodmann: The antiveneral disease campaign in Panama. Journ. of soc. hyg. Bd. 9, Nr. 3, S. 160—167. 1923. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 10. 1924. 11.
12. Goodmann: Experiences with the repression and regulation of prostition with emphasis on the medical aspects. Med. times Bd. 56, Nr. 6 S. 150—157. 1928. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 30.
13. Hauer: Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Eingeborenen in Deutsch-Ostafrika. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 31, 1927.
14. Ichok: Le lutte anti-venerienne en Egypte. Rev. d'hyg. 57. 372. 381.
15. Jaeger: Beiträge zur Rassenhygiene aus dem Bezirk Ebolowa. (Südkamerun.) Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 17. 1913.
16. Kersten: Zur Frage des Bevölkerungsrückganges in Neupommern. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 19. 1915.
17. Kersten: Die Gonorrhoe im Bezirk Rabaul (Deutsch-Neuguinea). Die Mischinfektion der Gonorrhoe und ihre Behandlung mit Automischvakzinen. Beiheft zum Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 29.
18. Külz: Die Volkskrankheiten im Stromgebiete des Wuri und Mungo in Kamerun. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 12. 1908.

19. Külz: Zur Pathologie des Hinterlandes von Südkamerun. Beiheft zum Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. 14. 1919.

20. Külz: Grundzüge der kolonialen Eingeborenenhygiene. Beihefte zum Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. 8. 1911.

21. Külz: Die hygienische Beeinflussung der schwarzen Rasse durch die weiße in Deutsch-Togo. Arch. f. Rass.- u. Gesellsch.-Biol. 2. 1905.

22. Külz: Die Volkshygiene für Eingeborene in ihren Beziehungen zur Kolonialwirtschaft und Kolonialverwaltung. Deutsches Kolonialblatt 1910. Nr. 1. S. 12—21.

23. Lasnet: Das Programm des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten in Algier. Rev. d'hyg. 1934, Bd. 56, S. 654.

24 Mc. Lean: Public Health Problems of the Southern Countries. The Journal American of tropical medecine. 1922, S. 36.

25. Leber-Prowazek: Bericht über medizinische Beobachtungen auf Sawaii und Manono (Samoa). Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. XV. 1911.

26. Lebredo, Guanaga: Ueber die Tätigkeit der Gesundheitsbehörden in Bezug auf die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Asclepios. Bd. 12. Nr. 3/4. S. 73—76. 1924. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 16. 1925.

27. Maass: Zur Pathologie des Liberianischen Hinterlandes. Aus dem Missionshospital Bolakun, Liberia. 1927.

28. Martin: Ein Jahr ärztlicher Praxis auf Celebes. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 12. 1908.

29. Medizinalberichte über die Deutschen Schutzgebiete. 1904/05, 1905/06, 1906/07, 1907/08, 1908/09, 1909/10, 1910/11, 1911/12.

30. Mense: Handbuch der Tropenkrankheiten. Geschlechtskrankheiten. 1926. Bd. 4. S. 80—89.

31. Meyerhof: Ueber die epidemische gonorrhoische Augenentzündung Aegyptens und ihre Beziehungen zum Trachom. Klinisches Jahrbuch. Bd. XXIV. H. 4, 1911.

32. Mitchell: Veneral Diseases in South-Afrika. South Afrika M. Rec. Cape Town. 1926. XXIV. 179—182.

33. Mora: L'-assistance medicale indigene. Bruxelles- med. pp. 8 1328 bis 1337. 1928.

34. Mouchet: Notes anatomiques et medicales sur la Pathologie du Moyen Congo. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 17. 1913.

35. Nigeria: Annual Medical and Sanitary Report for the years 1930, 1934, 1935.

36. Peiper: Der Suaheli Arzt. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 14. 1910.

37. Plehn: Die akuten Infektionskrankheiten bei den Negern der äquatorialen Küste Westafrikas. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 8. 1904.

38. Proteus: La malattie sessuali dei paesi caldi. Ress. d. studi. sess. Jg. 4. Nr. 1, S. 11—14. 1924. Zentralblatt f. Haut- und Geschlechtskrankheiten. 13. 1924. v.

39. Medical observations in the Tropics. U.S. Nav. Med. Bull. 1934. Oct. Vol. 32. Nr. 4 pp. 463, 467. Tropical Disease Bulletin 1935. Nr. 32.

40. Roeschmann: Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Brasilien. Mitt. dtsch. Ges. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten. 26. 73—75. 1928. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 29. 1929.

41. Ronnefeldt: Die Gonorrhoe in West-Liberia. Derm. Wschr. 1932. Nr. 21.

42. Royaume de Belgique: Colonie du Congo Belgique. Rapport zur l'Hygiene publique. 1925—1929.

43. Ruge — Mühlens — zur Verth: Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. Leipzig 38.

44. Scheben: Etwas über die Medizin der Eingeborenen Deutsch-Südwestafrikas. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 14. 1910.

45. Scheube: Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 6. 1902.

46. Schnabel: Medizinisches aus Albert Schweitzers Urwald-Hospital. Schweiz. med. Wschr. 1936, 1.

47. Schoen: Ergebnisse einer Fragebogenforschung auf tropenmedizinischem Gebiete. Arb. a. d. k. Gesundheitsamt, Berlin 1897—97, VIII,

48. Siebert: Ueber Wesen und Verbreitung von Haut- und Geschlechtskrankheiten in Nord-Neumecklenburg. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 13. 1909.

49. Steinwallner: Rassenschutz im südafrikanischen Strafrecht. Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie.

50. Steuber: Mitteilungen aus dem Sanitätswesen aus Deutsch-Ostafrika. Deutsche med. Wschr. Leipz. u. Berlin. 1903, XXXIX. 354.

51. Steuber: Ueber Krankheiten der Eingeborenen Deutsch-Ostafrikas. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 7, 1903, S. 57—62.

52 Valenziani: Il problema demografico nell' Afrika equatoriale. Le cause della diminuzione della popolozione. Carlo Colombo, Rom 1929.

53. Verbunt: Jahresbericht der Poliklinik für Geschlechtskranke in Batavia. Geneesk. Tijdschr. Nederl. Indian 69. 1007—1013. 1929.

54. Vorwerk: Zur Pathologie und Hygiene von Carua. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 16. 1912.

55. Wellmann: Brief conspectus of the tropical diseas. common in the Higlands of West Central Afrika. Journ. Trop. Med. 1904, 15. 11.

56. Ziemann: Gesundheitsratgeber für die Tropen. 6. Aufl. 8. Berlin 1917.

57. Ziemann: Beitrag zur Pathologie der warmen Länder mit besonderer Berücksichtigung der Cap-Verdischen Inseln. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 6. 1902.

58. Ziemann: Wie erobert man Afrika für die weiße und farbige Rasse. Beihefte z. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. II. Aufl. 1939. Verlag J. A. Barth. (Leipzig.)

59. Ziemann: Zum Bevölkerungsproblem der primitiven Rassen. Bevölkerungsfragen. 1936. Berichte über den internationalen Kongreß über Bevölkerungsfragen. 1936. Berlin.

60. Ziemann: Beitrag zur Bevölkerungsfrage der farbigen Rassen. Metron 1923. Rivista internationale di statistica. (Ferrara.)

Lebenslauf

Ich, Egon Witte, evangelischer Konfession und arischer Abstammung, bin am 23. Januar 1914 in Kiel geboren. Mein Vater, der Kapitänleutnant Max Witte, fiel am 28. August 1914 als Artillerieoffizier des Kreuzers Cöln im Seegefecht bei Helgoland. Ich besuchte die Oberrealschule in Kiel und das Kaiser-Wilhelm-Gymnasium in Wilhelmshaven. Auf der realgymnasialen Abteilung des Kaiser-Wilhelm-Gynmasiums bestand ich am 2. März 1933 die Reifeprüfung. Ich studierte in Göttingen, München, Greifswald und Berlin, wo ich das medizinische Staatsexamen am 28. Juni 1939 abgelegt habe. Den ersten Abschnitt des medizinischen Vorexamens bestand ich am 19. Oktober 1934 in Göttingen, den zweiten Teil am 26. Juni 1936 in Greifswald. Seit dem 1. Oktober 1935 bin ich als Sanitätsoffizieranwärter bei der Kriegsmarine.